

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

N° 44

DE

L'HYSTÉRIE MALE



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 24 juin 1891

PAR

Gabriel LAPEYRIE

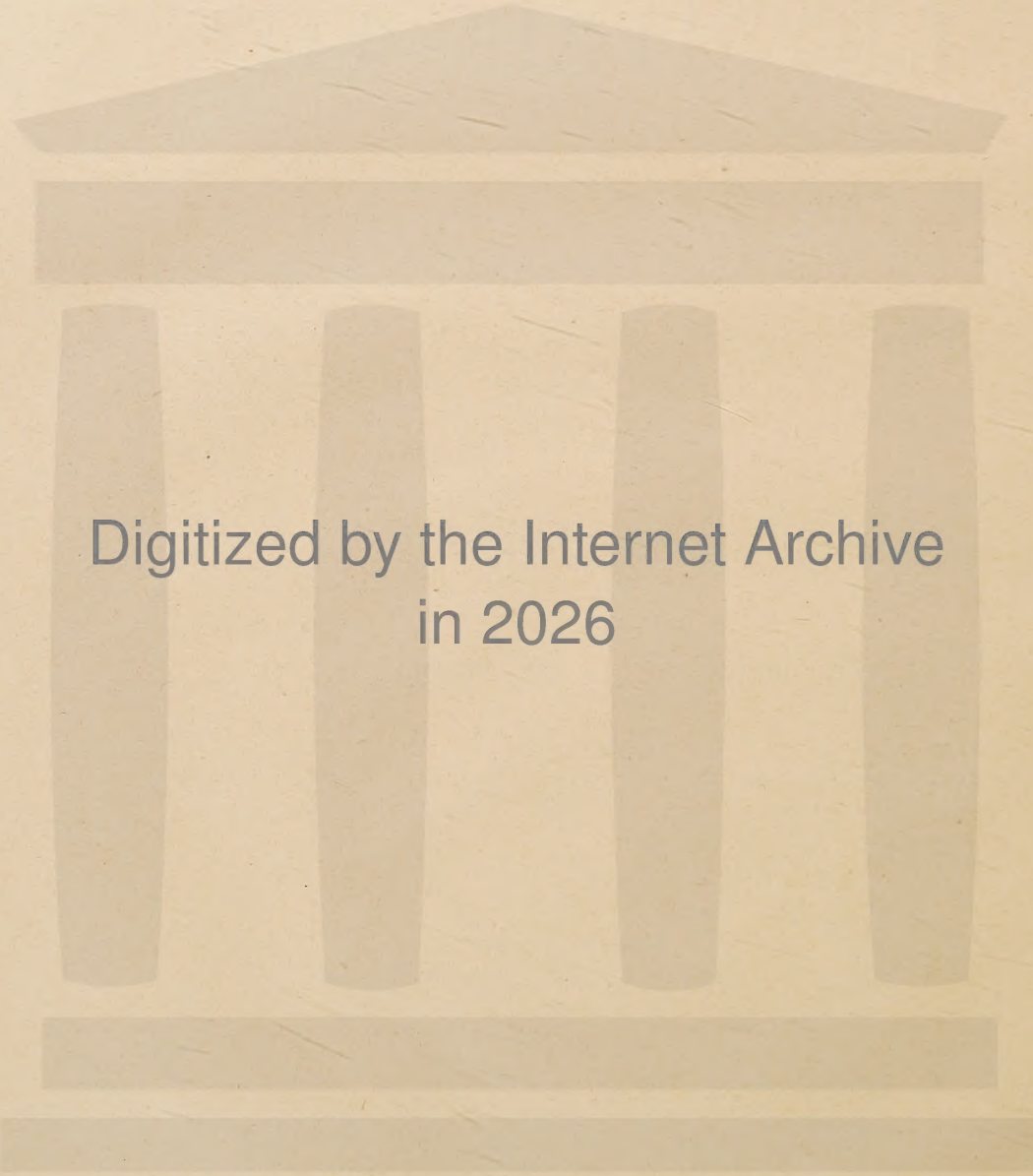
Né à Montpellier

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1891



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555606_0056

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN, DOYEN.

BERTIN-SANS, ASSESSEUR.

Professeurs.

MESSIEURS :

<i>Médecine légale et toxicologie.</i>	JAUMES.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	DUBRUEIL *
<i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)	
<i>Hygiène.</i>	BERTIN-SANS.
<i>Clinique médicale.</i>	CASTAN *.
<i>Clinique médicale.</i>	GRASSET.
<i>Physiologie.</i>	LANNEGRACE.
— HÉDON (Ch. de c.)	
<i>Clinique chirurgicale.</i>	TÉDENAT.
<i>Clinique obst. et gynécol.</i>	GRYNFELTT.
<i>Anat. pathol. et histol.</i>	KIENER *.
<i>Thérap. et Matière médicale.</i>	HAMELIN *.
<i>Anatomie.</i>	PAULET (O. * ✕).
<i>Pathologie interne.</i>	CARRIEU.
<i>Clinique des mal. ment. et nerv.</i>	MAIRET.
<i>Physique médicale.</i>	IMBERT.
<i>Botan. et Hist. Nat. méd.</i>	GRANEL.
<i>Pathologie externe. (ch. de c.)</i>	ESTOR.
<i>Opérations et appareils. (ch. de c.)</i>	FORCUE.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. * ✕).

Prof. honor. M. DUPRÉ (O. * C. ✕),

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

<i>Clinique annexe des maladies des vieillards.</i>	MM REGIMBEAU, agrégé
<i>Histologie</i>	BLAISE, agrégé.
<i>Clinique annexe des maladies des enfants.</i>	BAUMEL, agrégé.
<i>Clinique annexe ophthalmologique</i>	TRUC, agrégé.
<i>Accouchements</i>	GERBAUD, agrégé.
<i>Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan.</i>	BROUSSE, agrégé.

Agrégés en Exercice.

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
DE GIRARD.	VILLE.	BROUSSE.
SERRE.	FORGUE.	SARDA.
REGIMBEAU (*).	TRUC.	ESTOR.
BLAISE.	GERBAUD.	HÉDON.
BAUMEL.	GILIS.	LECERCLE.

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse :

MM. GRASSET, président.
CARRIEU, professeur.
BAUMEL, agrégé.
REGIMBEAU, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ADORÉE

A MON PÈRE

*Témoignage d'affection et de
reconnaissance.*

A MA TANTE ET A MA GRAND'MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

G. LAPEYRIE.

A mes Cousins
Madame et Monsieur Frézal SANGUINÈDE

A MES PARENTS

G. LAPEYRIE.

A mon ami le docteur Prosper GARY

Médecin aide-major de 1^{re} classe au 17^e dragons

A TOUS MES AMIS

G. LAPEYRIE.

À mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRASSET

G. LAPEYRIE.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'Hôpital Suburbain un homme présentant des phénomènes morbides dont la variété et la complexité avaient longtemps dérouté la perspicacité de praticiens éminents. Cet homme est atteint de grande hystérie, les stigmates de la névrose qui se sont manifestés chez lui dans la suite ont permis, aujourd'hui, de porter un diagnostic certain.

Sur les conseils de notre excellent Maître, M. le Professeur Grasset, nous avons fait de l'observation de ce malade le sujet de notre thèse inaugurale.

Notre intention n'est pas de confirmer une fois de plus l'existence de l'hystérie mâle, ce serait ajouter bien peu de chose aux cas déjà innombrables qui ont été publiés. Nous voulons simplement rapporter une observation clinique et montrer combien il est parfois difficile d'établir le diagnostic de cette névrose qui peut revêtir le masque de toutes les maladies du système nerveux.

Dans le premier chapitre, après un aperçu historique, nous étudierons l'hystérie chez l'homme d'une façon générale dans ses rapports avec celle de la femme.

Le second chapitre sera consacré à l'examen clinique de notre observation.

Nos conclusions en découleront facilement.

Tel est le plan du modeste travail que nous soumettons à l'indulgence de nos Juges.

Avant de commencer, nous avons à cœur de remercier tous nos Maîtres de la Faculté de Montpellier, et en particulier

M. le Professeur Grasset, qui n'a cessé de nous témoigner, tout le temps de nos études, le plus bienveillant intérêt et a bien voulu accepter, aujourd'hui, la présidence de notre thèse. Nous n'oublierons pas que ses ouvrages et ses leçons cliniques, où nous avons puisé à pleines mains, ont été nos meilleurs auxiliaires pour mener à bonne fin notre travail. Nous prions notre cher Maître d'agréer ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

C'est toujours aussi avec un sentiment de gratitude que nous nous souviendrons de la bienveillance que nous avons rencontrée auprès de M. le Professeur Mairet, pendant notre externat à l'asile des aliénés.

Nous devons des remerciements bien sincères à M. Guibert, interne du service médical, dont nous avons mis souvent l'obligeance à contribution, ainsi qu'à M. Bonnemaïson, qui a bien voulu nous communiquer l'excellente observation qu'il avait prise dès l'entrée du malade à l'hôpital.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'HYSTÉRIE MALE

CHAPITRE PREMIER

APERÇU HISTORIQUE

« L'idée de l'hystérie mâle, dit Charcot, n'a rencontré pendant longtemps que le scepticisme et l'ironie. » Nous savons, aujourd'hui, que cette névrose existe chez l'homme ; mais elle peut être encore rangée parmi les maladies souvent méconnues à cause de leur nouveauté, nouveauté apparente bien entendu, car il est certain que de tout temps il y a eu des hystériques mâles, mais on ne savait pas ou on ne voulait pas les trouver.

On admettra facilement que les anciens ne soupçonnaient même pas la possibilité de l'existence de cette névrose chez l'homme, si l'on s'en rapporte à l'étymologie du mot hystérie qui vient de *ὑστέρα* (matrice). Pour eux, la femme en avait le monopole exclusif. Le terme hystérie paraît donc étrange,

aujourd'hui, lorsqu'on l'applique à l'homme. Il a subsisté néanmoins, malgré les essais demeurés infructueux de Piorry, voulant lui substituer le mot Neuropallie, et de Lanouaille de Lachèze, qui en publia les premières observations chez les soldats sous le nom de Tarassis. D'ailleurs, ainsi que le fait remarquer Charcot, « nous nous habituons peu à peu à parler de l'hystérie chez l'homme, sans penser le moins du monde à l'utérus ».

Il y a deux siècles déjà, Ch. Lepois, refusant la théorie utérine, avait dit : « *Symptomata hysterica omnia, viris cum mulieribus sunt communia.* » Après lui, plusieurs ont encore effleuré la question.

Plus récemment, Briquet, dans son Traité resté classique, a défendu la cause de l'hystérie mâle.

Mais c'est surtout à notre époque que les recherches sur l'hystérie de l'homme ont passionné tous les médecins, et, pour ne mentionner que quelques ouvrages parus, nous trouvons : la thèse de Batault avec 218 cas cités, celle de Klein avec 80, celle de Petit avec 61, les publications de Bourneville, Debove, Gilles de la Tourette, etc., et surtout les belles leçons cliniques de Charcot, Grasset et Pitres. Nous n'aurions garde d'oublier, parmi les représentants de l'Ecole de Montpellier, les noms de Combal, Aussilloux, Brousse, Mossé. De l'étranger, nous sont arrivés également les travaux de Page en Angleterre, de Putnam et Walton en Amérique, de Thomsen et d'Oppenheim en Allemagne, etc.

Malgré tout, on rencontre encore des sceptiques.

Il n'y a pas bien longtemps, Monneret et Fleury disaient que si on avait cru avoir rencontré l'hystérie chez l'homme, c'est qu'on avait confondu avec cette maladie des phénomènes nerveux qui avaient quelques rapports avec elle.

Louyer-Villermay et Landouzy ne voyaient dans les observations citées que des erreurs de diagnostic.

En effet, ces auteurs considérant encore l'utérus comme point de départ de la maladie, l'existence de la névrose mâle détruisait leur théorie. Quelques années plus tard, Landouzy acceptait cependant la possibilité de l'hystérie chez l'homme, mais en disant que, dans les observations qu'il avait recueillies chez les divers auteurs, il se trouvait des raisons valables pour placer l'origine de la maladie dans le système génital.

Nous avons de trop bonnes raisons, fondées sur de nombreuses remarques de tous les jours, pour admettre ces théories exclusives, et tout le monde reconnaît aujourd'hui, avec Grasset, que « l'hystérie chez l'homme, comme chez la femme, est une névrose qui ne correspond à aucune lésion précise et qui peut se manifester par la séméiologie du système nerveux tout entier ».

DE L'HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME

L'hystérie mâle n'est pas aussi rare qu'on est disposé à le croire ; elle est cependant moins fréquente que l'hystérie chez la femme. Pour Briquet, qui trouve 50 pour 100 de femmes hystériques ou tout au moins impressionnables, la proportion serait de 1 homme pour 20 femmes ; pour Bernütz, beaucoup moins ; pour Grasset, la vérité serait au milieu.

L'hystérie de l'homme est-elle la même que celle de la femme ? On peut répondre catégoriquement par l'affirmative. Quel que soit le sexe, on peut dire que cette névrose est une et indivisible. Cela n'implique pas cependant qu'on ne puisse trouver quelques différences, tout à fait secondaires d'ailleurs, dans l'étiologie, dans la symptomatologie, le diagnostic ou le pronostic de la maladie, et c'est ce que nous voudrions faire ressortir rapidement.

Etiologie. — Et d'abord, l'hystérique mâle présente-t-il une figure et des manières d'être spéciales qui lui impriment un cachet de prédestination fatale à la névrose ? Non, certainement. Nous rejetons hardiment ces prétendus caractères de féminisme invoqués par certains auteurs, puisque nous voyons tous les jours, parmi les hystériques, des artisans, des ouvriers solidement charpentés.

La condition sociale n'a également aucune influence, toutes les classes de la société paient leur tribut à la névrose ; dans une statistique de la thèse de Batault, nous voyons :

Professions libérales, 20 cas.

Officiers et sous-officiers, 12 cas.

Commerçants, employés de commerce, ouvriers intelligents, 14 cas.

Ouvriers de classe inférieure, 35 cas.

Cultivateurs, paysans, jardiniers, 3 cas.

Soldats, pompiers, matelots, 7 cas.

Instabilité professionnelle, 2 cas.

Parmi les causes prédisposantes, l'hérédité se place en première ligne et d'une façon plus constante que chez la femme.

L'hérédité directe ou similaire serait surtout, d'après Klein, transmise de mère en fils. L'hérédité névropathique générale se retrouve comme cause première dans un cinquième des cas ; la proportion serait certainement plus grande si l'on avait soin, toutes les fois, de rechercher les traces d'affections nerveuses quelconques, non seulement dans les ascendants directs, mais encore dans les collatéraux.

Après cette grande source névropathique, viennent les maladies générales, et spécialement les diathèses : l'arthritisme sous toutes ses formes et principalement les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse. Ce dernier point a surtout été mis en lumière par l'Ecole de Montpellier, et M. le Professeur

Grasset, dans une étude magistrale sur les rapports de l'hystérie avec la tuberculose, a formulé des conclusions que nous ne saurions passer sous silence : « L'hystérie, dit-il, peut être de nature tuberculeuse, le mot « tuberculeuse » ayant ici son sens nosologique et nullement son sens anatomique. Essentiellement héréditaire, la diathèse tuberculeuse n'est bien comprise que si on la suit dans les familles, derrière ses manifestations variées, à travers les générations successives. On voit alors que l'hystérie peut remplacer la phtisie pulmonaire, chez un membre de la famille tuberculeuse, au même titre que la méningite tuberculeuse la représente chez un autre et le mal de Pott chez un troisième. Outre les cas dans lesquels l'hystérie est la seule manifestation de la diathèse chez le tuberculeux héréditaire, il y en a d'autres dans lesquels le même sujet présente à la fois, ou successivement, les deux ordres de manifestations (thoraciques et névrosiques) de la diathèse. Les deux ordres de symptômes se suppléent, se succèdent, se remplacent, ou, s'ils sont simultanés, s'influencent, se modèrent jusqu'à la fin de la maladie ou jusqu'à ce que l'un d'eux l'emporte définitivement. »

L'influence de l'alcoolisme, des intoxications saturnine ou mercurielle, est plus sensible chez l'homme, précisément à cause de ses habitudes ou de sa profession. On a beaucoup invoqué, chez les hystériques mâles, l'influence de l'onanisme. Nous pensons qu'on doit attribuer à cette cause simplement le même rôle qu'aux excès vénériens, aux chagrins prolongés, aux maladies débilitantes, aux convalescences de fièvres graves, qui ont amené chez le sujet un état de cachexie nerveuse propre à l'éclosion de la maladie.

Chez l'homme, les causes morales ont besoin d'être plus accumulées que chez la femme.

La plus grande fréquence de l'hystérie chez l'homme sem-

ble être de 15 à 25 ans, dans la période comprise entre l'adolescence et l'âge adulte.

La latitude, les climats, sont sans influence. L'hystérie se développe aussi bien et aux mêmes âges chez les peuples septentrionaux que chez les peuples méridionaux, chez l'homme que chez la femme. C'est là un bon argument à faire valoir contre la théorie des auteurs qui veulent faire coïncider l'apparition de l'hystérie avec l'évolution de l'appareil génital.

Le fait de voir dans la race juive une prédisposition spéciale n'est pas suffisamment confirmé.

L'influence de l'éducation n'est pas sans importance, mais elle est moins sensible chez l'homme.

Parmi les causes déterminantes ou occasionnelles, la plus importante est le traumatisme. Bien que, comme dit Berbez, « hommes et femmes soient égaux devant l'hystérie traumatique », on retrouve plus fréquemment cette cause chez l'homme que chez la femme. Cette prédominance semblerait s'expliquer, par ce fait même que le sexe masculin est plus exposé; cependant, la valeur de cet argument disparaît si l'on tient compte du désaccord entre l'effet produit et la cause déterminante, le plus souvent insignifiante : chute, coupure, piquûre légères. On voit alors que la femme peut être aussi bien sujette à des accidents de même nature.

La contagion nerveuse par imitation s'observe moins chez les hommes que chez les femmes.

Symptomatologie. — Ainsi que chez la femme, nous trouvons chez l'homme tous les degrés de l'hystérie, depuis la forme fruste jusqu'au tableau le plus complet de l'hysteria Major. Mais il ne faut pas s'attendre à trouver chez l'homme, dit Charcot, « ce brio morbide » qui, s'il ne forme pas un caractère constant chez la femme, est en réalité très fréquent.

Marie nous dit que parmi les hommes hystériques de la classe ouvrière qui se présentent aux consultations journalières des hôpitaux de Paris, la plupart sont des gens sombres, mélancoliques, déprimés et découragés.

De plus, l'homme a une tendance aux cauchemars, aux rêves terrifiants.

La grande attaque, chez l'homme, présente les mêmes périodes que chez la femme : période épileptoïde, période des contorsions et des grands mouvements, période des attitudes passionnelles, période de délire. Cependant, il y a le plus souvent prédominance d'une période et disparition presque complète des autres : on retrouve rarement la grande attaque classique de la Salpêtrière.

L'aura est fréquente, elle peut être céphalique, épigastrique, testiculaire, abdominale. Ces diverses formes se combinent, mais les phénomènes sont communs.

La première période est analogue dans les deux sexes.

La période des contorsions et des grands mouvements est caractérisée chez l'homme par la force extraordinaire qu'il y déploie, à tel point qu'il est parfois impossible de le maintenir sur son lit.

Dans la troisième période, les hallucinations sont presque toujours empreintes d'un caractère de tristesse et quelquefois de terreur, qu'on ne retrouve pas chez la femme avec cette énergie et cette fréquence. Les mêmes idées de mélancolie et de crainte se retrouvent dans la période de délire.

On constate aussi, chez les hystériques mâles, la présence de zones hystérogènes ou hystéro-frenatrices. A l'ovaire chez la femme correspond l'hyperesthésie testiculaire chez l'homme. Les points hystérogènes se rencontrent de préférence chez lui, au niveau du bregma, sur l'un des côtés de la poitrine, au-dessous des seins et dans l'un des flancs, le gauche principalement. L'homme peut présenter également une

zone spasmogène dans le point correspondant au point ovarien de la femme; c'est ce qu'on appelle la zone pseudo-ovarienne.

Chez l'homme, ainsi que chez la femme, l'hémianesthésie se montre comme la forme la plus habituelle de l'anesthésie hystérique. Elle peut être sensitive ou sensorielle; le plus souvent, les nerfs de sensibilités générale et spéciale sont atteints en même temps et du même côté.

L'anesthésie sensitive est cutanée ou profonde; elle se présente sous diverses formes : en plaques, en manchettes, etc. A un degré plus fort, lorsqu'elle s'étend aux muscles, il y a perte de sens musculaire. Les réflexes pharyngien, palpébral, plantaire, crémastérien, sont souvent abolis; les réflexes tendineux le sont seulement dans le cas d'anesthésie profonde.

La sensibilité spéciale est souvent atteinte. On observe le mutisme, la surdité, la surdi-mutité, plus fréquemment, des pertes d'odorat et de goût; mais les troubles les plus constants sont ceux de la vision.

Les troubles de la motilité sont aussi les mêmes que chez la femme. On retrouve chez l'homme les diverses formes de paralysie : la paraplégie, l'hémiplégie, la monoplégie; on peut observer des troubles du mouvement, de l'astasia, de l'abasia, séparées ou combinées, du tremblement.

Les contractures peuvent apparaître comme complications chez des malades atteints déjà de la névrose; mais, le plus souvent, on les voit chez l'homme s'établir tout d'un coup ou progressivement à la suite d'un traumatisme ou d'un grand effort musculaire.

Ces symptômes ont, d'habitude, chez l'hystérique mâle, des caractères de fixité et de ténacité plus grands que chez la femme.

Diagnostic. — Le diagnostic est d'autant plus difficile qu'on est moins disposé à trouver de l'hystérie chez un homme et que les symptômes, plus durables et plus fixes, peuvent aisément être pris pour ceux d'autres affections nerveuses.

Pronostic. — Le pronostic n'est pas fatal, mais il est plus sérieux, à cause de la ténacité des stigmates qui, avec le temps, peuvent rendre organique une lésion purement fonctionnelle. Charcot fait aussi remarquer que « l'hystérie se montre généralement plus grave chez les sujets rustiques des classes ouvrières, que sur ceux plus délicats, plus impressionnables des classes lettrées »; mais il faut tenir compte que c'est précisément parmi les ouvriers qu'on rencontre des gens soumis aux exigences de la vie, dépensant leurs forces dans des travaux manuels souvent exagérés, sans négliger les intoxications dues à leurs professions, l'alcoolisme, et les traumatismes auxquels ils sont plus exposés.

Traitement. — L'étude de cette dernière question n'est nullement limitée à l'hystérie mâle. Hommes et femmes sont traités de la même façon et suivant les symptômes qu'ils présentent. Les antispasmodiques, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, l'hypnotisme, l'isolement restent toujours les bases du traitement de l'hystérie elle-même.

On n'oubliera pas, bien entendu, de faire une thérapeutique soignée de la diathèse, s'il s'en trouve une, quelle qu'elle soit, derrière la névrose.

CHAPITRE II

Observation (1)

ÉTIOLOGIE

Gui... J., né à Perpignan en 1839, est entré, le 26 décembre 1890, à l'Hôpital Suburbain, où il occupe le N° 28 de la salle Fouquet. Il est statuaire de profession. C'est un homme de taille élevée, bien proportionné et ne présentant aucun caractère de féminisme.

Antécédents héréditaires. — Le grand-père paternel de Gui... est mort de la goutte. Son père, qui a succombé à la suite de la rupture d'un anévrysme, était également goutteux. La même diathèse se retrouve chez deux frères et une sœur de son père. Du côté maternel, il ne peut nous donner aucun renseignement sur les grands-parents ; sa mère était très nerveuse ; elle avait, au dire du malade, des crises qu'elle sentait venir, crises précédées de deux ou trois jours d'inquiétude et de mauvaise humeur et suivies d'une grande prostration. Des trois frères de Gui..., deux sont morts ; le troisième, plus

(1) Nous nous disposions à présenter notre thèse, lorsque M. le professeur Grasset fit des leçons cliniques sur le malade qui fait le sujet de notre observation. Comme ces conférences devaient être publiées tout de suite, nous avons voulu, par déférence pour notre excellent maître, attendre la fin de la publication dans le *Montpellier médical*. Il est de notre devoir de dire en même temps que nous avons cru bien faire en profitant de ces savantes leçons pour mettre un peu plus d'ordre dans notre travail.

jeune que lui, est en parfaite santé. Il a quatre sœurs, dont une goutteuse et une tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Dans son jeune âge, le malade n'a eu ni méningite ni chorée. On ne trouve chez lui aucune trace de maladies vénériennes ; il a d'ailleurs, sur ce point, été examiné très minutieusement par Ricord, à qui Vulpian l'avait adressé en 1879, un an après l'apparition des premiers symptômes de sa névrose.

Lors de son service militaire, il s'engagea comme spahis, et, pendant son séjour en Afrique, il s'adonna à la boisson, particulièrement à l'absinthe. Il ne tarda pas à avoir un tremblement localisé des deux mains ; mais la peur le prit alors, il cessa de boire et guérit.

Nous avons donc en notre malade un terrain tout à fait apte à l'apparition de l'hystérie. A côté de l'hérédité névropathique, nous avons l'hérédité diathésique et nous savons que, parmi les diathèses, l'arthritisme est une de celles que l'on rencontre le plus fréquemment derrière les grandes névroses. Chez notre sujet, se trouverait aussi confirmée une fois de plus la transmission directe de la névrose de mère à fils.

Aux antécédents héréditaires, nous pouvons encore ajouter l'influence de l'alcoolisme.

La maladie débuta, en 1878, à la suite de l'événement que nous allons rappeler.

Le 14 juin de cette année-là, Gui.... rentrait chez lui à une heure de l'après-midi, lorsqu'il aperçut, à la fenêtre de son logement, sa fillette qui lui faisait des signes d'amitié. A la suite d'un faux mouvement, elle franchit le balcon et resta suspendue dans le vide dans une position très critique. S'aidant d'une échelle de couvreur qu'il trouva dans le voisinage, Gui.... monta par la façade et rejeta l'enfant dans l'intérieur.

Dans le récit que le malade fit à Pitres, à Bordeaux, en 1888, les choses s'arrêtent là.

Aujourd'hui, Gui... donne une autre version, et il nous dit que, dès que sa fillette eut été rejetée dans l'appartement, il fut pris soudain d'un éblouissement et tomba du deuxième étage au-dessus de l'entresol dans la rue. Heureusement pour lui, sa chute fut amortie par des bottes de foin qui se trouvaient par un effet du hasard devant la porte d'entrée, et il ne se fit aucun mal. Il n'a pu, ajoute-t-il, se rendre compte ni de sa chute, ni de ce qui se passa pendant les quinze premières heures qui l'ont suivie.

Devons-nous ajouter foi à ce second récit? Pourquoi le malade aurait-il caché la chute au professeur Pitres, qui, dans sa leçon parue dans le *Progrès médical* du 5 mai 1889, semble plutôt invoquer l'alcoolisme comme la cause déterminante de l'hystérie de Gui...? Ne devons-nous pas voir, dans ce fait, cette tendance à l'exagération, inhérente à la maladie, et que nous retrouvons chez tous les hystériques, lesquels, comme le dit Charcot, «sont toujours portés à mentir, soit »pour faire sensation ou exciter la pitié, soit même sans intérêt, par une sorte de culte de l'art pour l'art?» Le professeur de la Salpêtrière dit aussi : «On ne doit jamais donner créance »sans réserves aux récits que vous font volontiers les malades, lorsqu'on les interroge sur les circonstances de l'accident »dont ils ont été victimes. Ces circonstances, dans la règle, »ils ne les connaissent que pour les avoir entendu narrer par »les assistants, et j'ajouterai même que, souvent, il se crée à »ce propos dans leur esprit une sorte de légende à laquelle »ils accordent volontiers la confiance la plus absolue, et qu'ils »s'habituent à raconter naïvement, sincèrement, comme si »elle représentait la réalité même.»

Quoi qu'il en soit, jusqu'à preuve du contraire, force nous est d'accepter sa version, et nous trouvons ici un élément

pathogénique précieux, le traumatisme, la plus importante des causes déterminantes de l'hystérie.

Les diverses Écoles ne sont pas d'accord sur l'hystéro-traumatisme.

Les Anglo-Américains ne l'admettent pas, et il est cependant indubitable que les nombreuses observations publiées sous le nom de « Railway-Spine » et de « Railway-Brain » étaient des cas indéniables d'hystéro-traumatisme.

L'Ecole Allemande en fait une névrose à part. Strümpell, dans un mémoire paru en 1888, dit que l'hystérie traumatique est une névrose spéciale qu'il nomme névrose traumatique et qu'il divise en : générale, où le malade ne présente que des phénomènes généraux, et en traumatique locale, où l'on trouve des paralysies, des contractures.

L'Ecole Française, au contraire, est unanime à reconnaître que l'hystérie est une, indivisible, quel que soit l'agent qui en ait provoqué l'apparition, et Grasset définit l'hystéro-traumatisme : « Une névrose générale, et plus spécialement cérébrale, » appartenant à la famille des hystéries et développée par le « traumatisme chez un sujet dont la prédisposition ne s'est « pas nécessairement affirmée antérieurement par son histoire « personnelle ou par son hérédité. »

Nous trouvons cependant une divergence entre l'Ecole de la Salpêtrière et celle de Montpellier au sujet de la pathogénie des accidents hystéro-traumatiques, divergence qu'il nous paraît plus logique de trancher en faveur de notre Ecole.

Pour Charcot, les paralysies et les contractures sont le fait de l'auto-suggestion, et Berbez, dans sa thèse inspirée par les idées de son maître, dit : « Le traumatisme a peu d'importance ; l'idée erronée à laquelle il donne naissance est tout. » Pour Grasset, l'auto-suggestion n'existe pas, et, pour appliquer le cas à notre malade, il nous semble impossible d'admettre que Gui... qui, nous le verrons, a présenté des para-

lysies et des contractures aussitôt qu'il s'est levé du lit, ait pensé le moins du monde à ce qui allait lui arriver.

Tandis que l'hystérie ordinaire est plus fréquente chez la femme, nous savons que l'hystérie d'origine traumatique se rencontre plus souvent chez l'homme et avec des troubles plus profonds et plus caractérisés du mouvement ; c'est ce que nous avons l'occasion d'observer chez notre malade.

Nous voyons vérifié chez Gui... le contraste entre la cause déterminante et l'effet produit que nous retrouvons dans tous les cas d'hystéro-traumatisme ; si la chute fut pour ainsi dire insignifiante, puisqu'il n'eut aucune lésion appréciable, nous verrons au contraire combien ont été tenaces les phénomènes nerveux consécutifs que le malade a présentés. De même l'observation de notre malade confirme aussi le fait que, dans la plupart des cas, le choc traumatique a été précédé d'une phase d'émotion plus ou moins violente.

En résumé, nous sommes donc avec Gui... en présence d'un cas d'hystéro-traumatisme chez un sujet prédisposé par l'hérédité similaire en même temps que diathésique, et par l'alcoolisme.

SYMPTOMATOLOGIE

Après l'accident, Gui... fut pris d'un délire violent qui dura quinze heures, pendant lequel il était hanté de visions et poursuivi par un ennemi imaginaire. Lorsqu'il reprit possession de son esprit, il voulut marcher ; mais il lui fut impossible de poser les pieds à terre. Les deux gros orteils étaient enflés, difformes et tournés en dedans ; en même temps, ils étaient le siège de douleurs lancinantes que le malade compare à celles que produirait un gros scarificateur plongé dans la chair. Pendant huit à dix jours, les pieds seuls furent atteints ; mais au bout de ce temps, les jambes devinrent à leur tour douloureuses et contracturées.

C'est ici que commence réellement l'apparition de sa névrose, et, si les contractures ont été le symptôme initial, nous verrons qu'elles en ont été également le plus tenace, puisque nous trouvons encore aujourd'hui chez Gui... une contracture de la jambe gauche qui ne cède que difficilement.

Quinze jours après, les troubles de la motilité ayant déjà fait leur apparition, le malade se fit conduire chez le docteur Vulpian ; mais dès que celui-ci voulut le faire marcher, Gui... ne put faire un pas, même avec l'aide de deux personnes qui le soutenaient. Sa marche était chancelante et titubante et ses jambes étaient agitées d'un tremblement qui cessait dès qu'il se remettait au lit et recommençait dès qu'on le touchait.

Pitres, qui a observé le malade en 1888, décrit ainsi son tremblement : « Ce tremblement, qui durait déjà depuis dix » ans, avait les caractères suivants : Rien dans le décubitus » horizontal ; mais dès que Gui... se levait, ses deux membres » inférieurs devenaient le siège de soubresauts involontaires,

»rapides et régulièrement rythmés. La marche était hésitante, »sautillante, comme celle des tabétiques. L'occlusion des paupières augmentait l'instabilité, à tel point que la marche et la »station devenaient impossibles. Dans la position assise, le »tremblement avait moins d'énergie, quoique manifeste. A »aucun moment et dans aucune position il ne s'étendait aux »membres supérieurs et à la tête.»

Le malade, dit Bonnemaison dans son observation, sentait sous le pied une sensation de duvet due à l'anesthésie plantaire. Il marchait en fauchant, les mouvements de ses jambes dépassaient le but, et le signe de Romberg était très accentué. Il présentait en même temps une sensibilité exagérée de tout le corps, sauf à la partie interne des genoux. Les contractures des jambes persistaient, mais avec rémission.

Vulpian ordonna le bromure et l'iodure de potassium.

A partir de la quatrième semaine, le malade avait des crises presque journalières, revenant plus souvent la nuit que le jour.

Ces crises, il les prévoit toujours quelques heures auparavant. L'aura est épigastrique. Le malade a la sensation d'une boule qui monte petit à petit du creux de l'estomac jusqu'au gosier et l'étouffe. Il pousse alors un cri violent et tombe, mais néanmoins il a conservé toute sa lucidité et il peut choisir l'endroit de sa chute. A ce moment, il éprouve des douleurs lancinantes dans la jambe gauche et le long de la colonne vertébrale. Son corps entier est agité de convulsions toniques ou plutôt cloniques, puis il prend l'attitude de l'arc de cercle. Pendant tout le temps de son attaque, le malade a les yeux grands ouverts, il entend tout ce qu'on dit autour de lui, même les mots prononcés à voix basse ; mais il ne peut parler. Les grands mouvements de ses membres sont perçus par lui ; mais il lui est impossible de les empêcher. De plus, Gui...

ajoute que lorsqu'on le touchait, la crise était plus longue ; certaines ont duré deux et trois heures ; si on le laissait tranquille, l'attaque ne se prolongeait jamais au delà de cinq ou dix minutes.

Le malade garde après le souvenir entier de sa crise.

Gui... présente plusieurs zones hystérogènes : une dans le



dos au niveau de la 8^{me} apophyse épineuse dorsale, une au-dessous et un peu à droite du mamelon gauche, une au point

pseudo-ovarien gauche. Le testicule est très sensible à la pression, mais il n'y a pas néanmoins de point hystérogène.

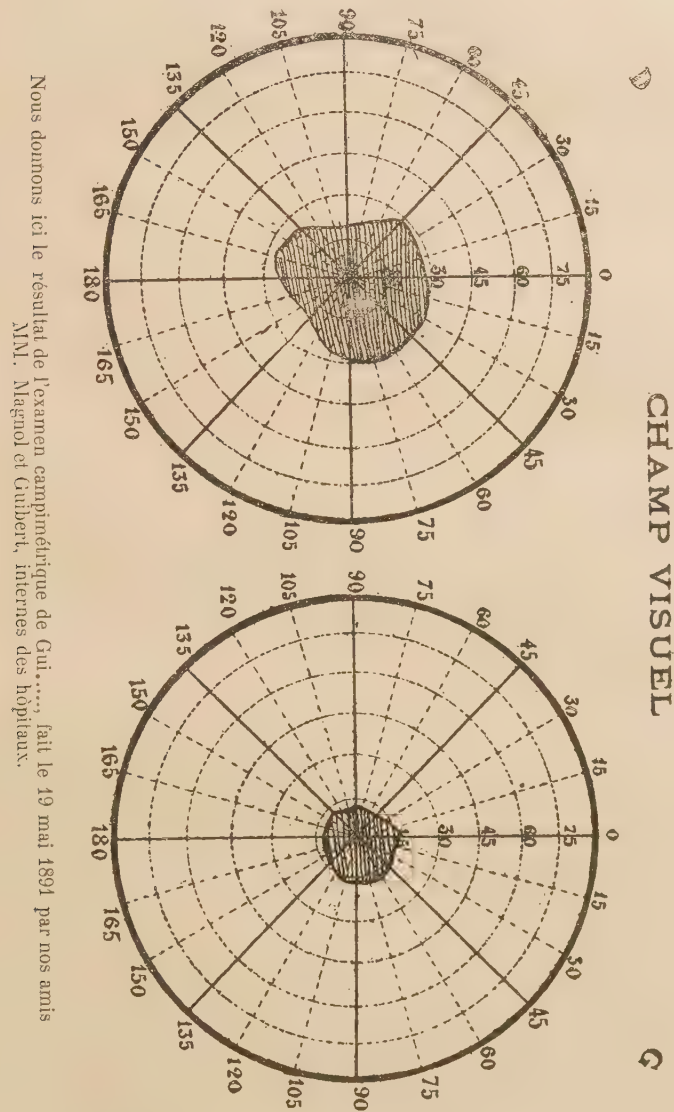
On trouve un îlot anesthésique à la partie interne des deux genoux.

Le réflexe pharyngien est aboli ainsi que le plantaire, les



réflexes rotuliens sont très exagérés ; on provoque facilement une trépidation épileptoïde de la jambe gauche.

La sensibilité spéciale est largement atteinte. Le malade a une diminution très notable de l'acuité visuelle, un rétrécisse-



ment concentrique du champ visuel en dedans, surtout à gau-

che. Il a aussi de l'amblyopie, de l'achromatopsie, de la diplopie monoculaire.

Le goût est complètement aboli. Il nous dit qu'il se guidait, pour manger, d'après l'aspect seul des aliments, l'odorat est émoussé et, dans ces derniers temps même, le malade ne sentait plus du tout. Nous avons déjà signalé de l'hyperesthésie auditive, apparente surtout pendant les attaques.

Bitot rapporte un trouble vaso-moteur très curieux, consistant en un changement de coloration des éminences hypothénar, qui passent du rouge au violet au moment de ses crises.

Gui... présente des troubles trophiques non moins bizarres. Deux fois par an, les ongles de ses gros orteils s'ébranlent et tombent.

A une époque antérieure, on a trouvé aussi chez notre malade des troubles sécrétoires très marqués, une polyurie intense, de l'incontinence d'urine et de la spermatorrhée.

Gui... est d'une intelligence au-dessus de la moyenne, mais pendant un an et demi sa mémoire s'est affaiblie. Il ne savait plus dire dans quel mois et à quel jour il se trouvait. C'est pendant cette période que lui arriva le fait suivant d'automatisme ambulatoire, fait qu'il n'a d'ailleurs présenté qu'une seule fois. Un jour, à Paris, notre malade, poursuivi par des idées sombres, rentra dans une gare et demanda au guichet un billet pour «n'importe où.» L'employé surpris, tout en lui en délivrant un pour Juvisy, le signala au commissaire de surveillance comme un aliéné. On se contenta de le filer. Il descendit à la station, se promena et reprit le train pour Paris où, la lucidité lui étant revenue, il se demanda le pourquoi de son escapade.

Aujourd'hui, après des stations dans les divers services de Paris, de Lyon, de Bordeaux, d'Aix, Gui... est entré à l'Hôpital Suburbain, où il est resté huit mois environ ; il vient d'en sortir il y a quelques jours à peine. C'est ici que M. le Pro-

fesseur Grasset, dans le service duquel il se trouvait, est arrivé pour la première fois à l'endormir, ce que Charcot, Vulpian et Luys avaient tenté en vain.

DIAGNOSTIC

Notre but dans ce paragraphe est de chercher à préciser les caractères qui sont propres à l'hystérie et qui la séparent des autres affections dont elle peut revêtir la forme. Pour cela, nous rechercherons successivement dans l'étiologie, la symptomatologie, la marche et le traitement même de notre malade des éléments de différenciation.

Dans ses dernières leçons cliniques à l'Hôpital Suburbain (mai 1891), M. le Professeur Grasset nous disait à peu près ceci : « Les difficultés de diagnostic de l'hystérie sont de deux ordres.

» L'hystérie peut tout simuler en fait de maladies nerveuses, le mot simuler n'est même pas juste, elle peut représenter toutes les maladies nerveuses. Ainsi, l'altération des cordons postérieurs aura une séméiologie à part, celle des cordons latéraux également. Une lésion quelconque des centres nerveux réagira séméiologiquement de la même façon, quelle que soit la lésion fonctionnelle, circulatoire ou organique. De plus, quand, par des symptômes certains, on est arrivé à affirmer l'hystérie, une autre question se pose. Est-elle seule ? Un hystérique peut avoir aussi une lésion organique. Par sa durée, la lésion fonctionnelle peut devenir circulatoire et même organique. On voit donc quelle importance peut avoir ce point pour le pronostic. »

Posons-nous donc aussi ces deux questions :

1° *Le malade est-il un hystérique?*

Nous ne reviendrons pas sur les causes que nous avons énumérées dans le paragraphe de l'étiologie. Il nous suffit de dire que ces causes peuvent nous faire penser à l'hystérie, mais non pas l'affirmer, car quel est celui de nous chez lequel on ne pourrait, en cherchant bien, relever quelque diathèse familiale ; quel est l'homme qui n'est pas exposé une fois dans sa vie à des traumatismes, surtout aussi insignifiants que ceux que nous pouvons invoquer comme cause déterminante de l'hystérie chez Gui...?

Dans la symptomatologie de notre malade, ce que nous relevons tout d'abord ce sont des contractures. Quoique présentant un caractère tenace, nous les voyons paraître et disparaître ; mais, lorsqu'elles existent, la rigidité spasmodique est toujours complète. Nous savons que, dans l'hystérie, la contracture est des plus accentuées et toujours poussée à l'extrême par le malade ; elle dure le jour, la nuit, à l'état de sommeil comme à l'état de veille. Celle de nature organique, au contraire, a des degrés et elle cesse ou diminue pendant le sommeil.

Nous pouvons invoquer chez notre malade la façon même dont se sont développées les contractures, qui ont apparu à la suite d'un traumatisme relativement insignifiant. C'est là un élément étiologique que nous ne devons pas négliger pour le diagnostic.

Nous ne saurions toutefois mettre en ligne de compte les rémissions de ces contractures, puisque la sclérose en plaques peut présenter aussi ce caractère de mobilité des symptômes qui, en la rapprochant de l'hystérie, rend le diagnostic souvent fort embarrassant.

Le symptôme tremblement, que nous rencontrons ensuite, a été la véritable pierre d'achoppement.

Puisqu'il existe des tremblements hystériques, étudions-les

d'une façon générale pour voir si nous pouvons rapprocher notre cas de l'un d'entre eux.

D'après Pitres, le tremblement peut être localisé ou généralisé, continu ou intermittent, lent ou rapide. Le professeur de Bordeaux en propose trois classes :

« *Tremblements hystériques à forme trépidatoire.* — Habituellement localisés à un membre et plus particulièrement à un membre inférieur. Ils sont constitués par des secousses alternatives et régulièrement rythmées d'extension et de flexion directes du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin. Ils ressemblent beaucoup à la trépidation épileptoïde qui se développe à la suite des scléroses systématiques des faisceaux pyramidaux. Ils ont la même amplitude, la même rapidité (de cinq à sept secousses par seconde), la même uniformité de rythme ».

« *Tremblements à forme vibratoire.* — Ces tremblements sont constitués par de très petites secousses, brèves et uniformes, imprimant aux membres des mouvements d'oscillations vibratoires, rapides. Ils peuvent siéger sur toutes les parties du corps; cependant, ils sont plus fréquents et plus nets aux membres supérieurs. Dans un certain nombre de cas, il faut, pour les mettre en évidence, prier les malades de tenir leurs bras étendus dans la position horizontale: on voit alors se produire, dans les doigts et les mains, des oscillations très apparentes qui s'arrêtent aussitôt que les bras pendent inertes le long du corps.

» Ils sont du reste peu uniformes dans leurs apparences symptomatiques, rythme, amplitude et forme. Ils ressemblent, tantôt au tremblement de la maladie de Graves, tantôt à celui de Parkinson, quelquefois ils simulent le tremblement sénile et d'autres fois le tremblement alcoolique ».

« *Tremblements intentionnels*. — Ils se produisent seulement à l'occasion des mouvements volontaires et cessent dans le repos. Ce tremblement existe surtout dans la sclérose en plaques.

» Il est également très vraisemblable que l'hystérie est la véritable cause des tremblements intentionnels persistants qui se développent quelquefois à la suite des pyrexies aiguës ».

Grasset divise les tremblements hystériques en trois types basés sur les caractères cliniques :

1° Le type de la paralysie agitante.

2° Le type de la sclérose en plaques.

3° Le type du tremblement sénile.

Charcot place le tremblement hystérique comme intermédiaire entre les tremblements à oscillations lentes (sclérose en plaques, paralysie agitante, tremblement sénile) et ceux à oscillations rapides (tremblements alcoolique et mercuriel, paralysie générale, maladie de Basedow).

Le tremblement de Gui... pouvait être rapproché du tremblement à forme trépidatoire de Pitres ou de celui à type de tremblement sénile de Grasset, mais avec cette particularité qu'il présentait un caractère astasique-abasique, c'est-à-dire qu'il ne se produisait que dans les mouvements pour marcher ou pour se tenir debout.

Mais, pour la classification des tremblements hystériques, on a procédé du connu à l'inconnu. Or, étant donné un tremblement qui se rapproche de l'un ou de l'autre de ces cas, il n'est pas fatalement hystérique, puisqu'on peut retrouver son analogue dans la symptomatologie d'une maladie organique. De quelle nature était donc le tremblement observé chez notre malade ? Relevait-il de l'hystérie ou était-il le résultat d'une lésion organique de la moelle ? La question était très ardue ;

nous parlons, bien entendu, de l'époque où Gui... ne présentait encore aucun des stigmates de l'hystérie.

Dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, Rendu dit qu'on a relaté des faits de tremblements dont l'autopsie seule était venue vérifier l'erreur de diagnostic.

On pouvait rejeter l'idée d'une myélite diffuse ou transverse, vu l'intégrité des fonctions de la vessie et du rectum. L'ataxie locomotrice pouvait aussi être écartée à cause de la conservation des réflexes rotuliens, bien qu'il ne soit pas avéré que leur absence soit absolument pathognomonique du tabes. Que dire cependant des douleurs fulgurantes, de l'anesthésie plantaire, de la marche en fauchant, du signe de Romberg très manifeste, autant de symptômes que l'on retrouvait en même temps chez Gui... N'était-ce pas là le tableau classique de la maladie de Duchenne?

De plus, on a signalé dans le tabes des taches éruptives, de l'érythème, des phénomènes congestifs variés du côté de la peau. Pitres et Joffroy ont observé la chute des ongles. Nous retrouvons ces troubles vaso-moteurs et trophiques chez notre malade.

Il était difficile également de ne pas songer à la sclérose en plaques dans laquelle le tremblement est, comme on le sait, le symptôme capital.

Rendu fait observer que, dans certains cas, l'hystérie peut se traduire cliniquement par un tremblement dont les allures et les caractères ressemblent, à s'y méprendre, à ceux de la sclérose en plaques. En 1883, Wespthal a même, à propos de tremblements, conclu à l'existence d'une névrose générale qu'il appelait pseudo-sclérose, laquelle ne saurait être distinguée de la véritable ni par ses symptômes, ni par la marche.

Dans notre cas, pour ne parler que du tremblement, on pouvait conclure contre la sclérose en plaques, puisque le trem-

blement était limité aux membres inférieurs et qu'il ne se produisait pas à l'occasion des mouvements volontaires, mais par le seul fait de l'attitude.

Mais il n'y avait pas que du tremblement ; on provoquait facilement chez notre malade une trépidation épileptoïde du membre inférieur gauche en fléchissant brusquement le pied sur la jambe, les réflexes tendineux étaient très exagérés et il y avait de la contracture. Nous trouvons là des phénomènes de même ordre qui, comme le dit Grasset, « résument la symptomatologie clinique des scléroses latérales ».

Pouvons-nous invoquer en faveur de l'hystérie le caractère astasique-abasique du tremblement observé chez Gui... ? Peut-être. Actuellement, les documents que nous possédons sur cette question sont encore trop peu nombreux pour permettre de ranger l'astasie-abasie au nombre des stigmates de la névrose.

Toutefois, il semble ressortir des travaux de Bloch, de Grasset, de Charcot, que ce syndrome, quelle qu'en soit sa forme d'ailleurs, relève le plus souvent de l'hystérie. Charcot ajoute même qu'il peut se montrer « isolé à titre de manifestation monosymptomatique de la névrose au même titre que » les divers bruits laryngés, certaines contractures et d'autres « phénomènes du même genre ».

Nous voyons combien jusque-là le diagnostic a présenté de difficulté. Nous comprendrons facilement que notre malade ait été pris pour un scléreux, pour un tabétique, et qu'on ait pu dire qu'on pouvait porter sur lui le diagnostic de toutes les maladies nerveuses.

Mais nous arrivons au phénomène capital de la névrose et le doute va commencer à s'éclaircir.

Gui... a des attaques fréquentes. Quelles sont-elles ? L'aura est épigastrique, il a la sensation de boule et de strangulation. Ces phénomènes peuvent se trouver dans l'attaque d'épi-

lepsie. Mais le malade ne tombe pas où que ce soit, comme l'épileptique; pendant la première période, il n'écume pas, il ne se mord pas la langue, il a des convulsions toniques et cloniques, convulsions que l'on observe aussi bien dans l'hystérie que dans l'épilepsie; mais, tandis que dans cette dernière névrose le coma vient de suite après, nous voyons, au contraire, chez notre malade, commencer la période des contorsions et des grands mouvements pendant laquelle son corps prend la forme d'un arc de cercle. Les autres périodes semblent manquer chez lui.

Par conséquent, c'est bien à une attaque d'hystérie que nous avons affaire. Si la première phase ressemble à celle de l'épilepsie, la ressemblance est dans la forme, mais non dans le fond.

MM. Lépine (de Lyon) et Mairet (de Montpellier), et après eux Gilles de la Tourette et Cathelineau, ont signalé un caractère différentiel, basé sur des recherches chimiques. Ce caractère consiste en une variation du taux de l'urée après l'attaque. Tandis que le chiffre normal de l'urée est de 18 à 20, il s'élèverait de 25 à 30 après l'attaque d'épilepsie, et descendrait à 14 ou 15 après l'accès d'hystérie. Chez l'épileptique, il coïnciderait avec l'élévation de température que l'on constate d'habitude.

La quantité des phosphates terreux et alcalins s'accroîtrait aussi dans l'épilepsie, tandis qu'elle resterait dans un rapport normal dans l'hystérie.

Nous n'avons pu user de ce moyen de diagnostic chez notre malade, n'ayant pas eu l'occasion d'examiner ses urines un jour d'attaque.

Mais ce que nous avons observé nous suffit déjà pour reconnaître la nature hystérique de cette attaque, et notre diagnostic sera certainement fixé lorsque nous verrons la crise

s'arrêter par la pression d'une de ces zones que l'on appelle hystérogènes et hystéro-frenatrices.

L'existence de ces zones, qui, nous l'avons vu, sont au nombre de trois chez notre malade, constitue un stigmat important, car si quelques auteurs ont trouvé des points épileptogènes, ces points n'ont pas la propriété de faire naître l'attaque ou de l'arrêter.

À côté de ce stigmat, en voici une série d'autres qui nous mettront tout à fait sur la voie du diagnostic.

Je néglige, bien entendu, l'abolition du réflexe pharyngien. Ce signe n'a aucune valeur chez notre malade qui a été soumis pendant longtemps à une médication bromurée.

Nous trouvons une anesthésie très limitée, et pour ainsi dire en plaques, sur la partie interne des deux genoux. L'insensibilité y est complète et, contrairement à l'anesthésie due à une lésion organique, elle ne suit pas le trajet d'un nerf déterminé.

L'anesthésie plantaire que Gui... présentait pourrait au besoin rentrer dans le tableau symptomatique du tabes.

Le goût et l'odorat sont abolis, la moitié gauche de la langue ne sent pas les mets les plus épicés.

Enfin, comme dernier stigmat, voici les troubles de la vue, troubles qui, pour Briquet, constitueraient le signe pathognomonique de l'hystérie.

Gui... les présente à un très haut degré. Il a de l'amblyopie, de l'achromatopsie, parfois de la diplopie monoculaire, un rétrécissement très notable du champ visuel, surtout à gauche, et ces troubles présentent ce caractère, qu'ils ne s'accompagnent d'aucune lésion ophtalmoscopique apparente de la rétine ou des milieux de l'œil.

On trouve des troubles oculaires dans l'ataxie, dans la sclérose en plaques, dans l'épilepsie; mais il nous sera facile d'en différencier ceux observés chez notre malade.

La diplopie monoculaire n'appartient qu'à l'hystérie.

A l'examen ophtalmoscopique, on trouve dans le tabes une atrophie naquée de la papille; dans la sclérose en plaques, la papille est décolorée ou d'un blanc mat. L'amblyopie, dans ces deux affections, est progressive et marche presque fatalement à la cécité complète.

De plus, chez Gui..., le rétrécissement du champ visuel est permanent; dans l'épilepsie, au contraire, ce rétrécissement, qu'on peut observer à la suite des accès, s'efface peu à peu, progressivement.

L'ensemble des stigmates que nous venons d'examiner suffit pour nous faire porter le diagnostic certain d'hystérie chez notre malade.

Nous avons négligé de parler de l'accès d'automatisme ambulatoire que Gui... a présenté une fois; mais ce point ne saurait nous être utile pour le diagnostic, puisqu'on le retrouve chez les épileptiques, chez les alcooliques et les hypochondriaques, et même, dit Duponchel, « chez certains sujets où ce symptôme constitue la seule aberration d'ordre psychique que l'on puisse observer ».

2° N'y a-t-il que de l'hystérie chez notre malade?

Nous savons que l'hystérie peut exister comme névrose unique, mais qu'elle peut aussi suivre ou précéder d'autres maladies, ou exister en même temps qu'elles. La sclérose en plaques, d'après Charcot, serait, de toutes les affections organiques des centres nerveux, celle qui se combine le plus souvent à l'hystérie.

Vulpian dit, dans ses Leçons de 1879, que l'hystérie paraît exercer une certaine influence sur la production de l'ataxie locomotrice.

La combinaison de l'hystérie avec le goitre exophtalmique

n'est pas non plus chose rare ; dernièrement, M. le Professeur Castan en a publié un cas très intéressant.

On trouve des hystériques qui sont en même temps épileptiques et qui ont des attaques bien distinctes de l'une et de l'autre de ces névroses.

Nous sommes persuadé, aujourd'hui, que notre malade ne présente que de l'hystérie, et, à ce propos, nous voyons de quelle importance a été, pour le diagnostic, l'examen des troubles oculaires. L'hypnotisme aussi nous a été d'un grand secours, et, s'il nous a servi comme élément de diagnostic en faisant disparaître certaines manifestations localisées de la névrose, il nous a montré en même temps que ces lésions étaient purement fonctionnelles. La gravité du pronostic chez Gui... est donc singulièrement amoindrie.

Et puisque nous admettons qu'il n'y a chez notre malade que de l'hystérie, nous sommes amené à ranger parmi ses manifestations possibles les troubles trophiques assez bizarres que nous avons cités et dont certains veulent faire l'apanage des lésions organiques.

TRAITEMENT

Depuis l'époque de l'apparition des accidents jusqu'à ce jour, le traitement a suivi toute une évolution en rapport avec la maladie qu'on supposait exister chez Gui....

Vulpian, qui fut le premier consulté, lui fit des pointes de feu et ordonna le bromure et l'iodure de potassium. Les doses de bromure furent peu à peu portées jusqu'à 10 grammes par jour.

Au moment où débutèrent les attaques, Gui... commença, sur l'avis du médecin, les piqûres de morphine. Il en éprouvait un grand soulagement et arrivait ainsi à retarder ces crises

qui faisaient peur à ses enfants : aussi l'accoutumance fut rapide et il ne tarda pas à devenir morphinomane. Le malade se faisait jusqu'à 20 et 30 piqûres d'un centigramme chacune par jour, et, pour se procurer le médicament précieux, il en était arrivé à contrefaire la signature du médecin.

Au bout de deux mois, Vulpian suspendit le traitement primitif et lui fit prendre du chloral dont il porta les doses jusqu'à 16 grammes. Le malade dut abandonner l'emploi de ce remède à cause de l'action nocive qu'il avait sur ses yeux, et il reprit l'iodure et le bromure.

Gui.... resta trois mois dans le service de Charcot. Le savant professeur de la Salpêtrière, qui, sans s'être prononcé d'une façon catégorique, penchait déjà pour l'hystérie, ajouta l'électrothérapie et l'aimant au traitement déjà en vigueur.

Il n'y eut quand même aucune amélioration notable et les attaques étaient de plus en plus fortes et plus rapprochées. Ce fut la même chose à Bordeaux, où Pitres le soigna comme hystérique.

A son arrivée à Aix, le 7 mai 1890, le malade avait toujours la marche tremblotante que nous lui connaissons. Sur le conseil du docteur Dargelos, il fit usage des eaux thermales de cette ville, eaux chaudes, peu minéralisées. Au dire de Gui..., après le vingtième bain, sa marche était devenue plus sûre, moins agitée, et les attaques cessèrent presque complètement.

Au mois d'octobre 1890, le malade vint à Montpellier consulter M. le Professeur Grasset. Déjà, les tremblements des membres inférieurs reprenaient presque régulièrement tous les huit jours et les crises réapparaissaient.

Notre excellent maître, sans se laisser décourager par les insuccès antérieurs de Charcot, de Damaschino et, de Luys, essaya d'hypnotiser le malade, et après un premier essai infructueux, il réussit à l'endormir par la simple fixation du regard.

De ce jour, Gui.... sentit sur-le-champ un bien-être apprê-

cialable qui alla s'accroissant progressivement, et nous ne saurions mieux faire ressortir l'efficacité rapide de cet agent thérapeutique chez lui qu'en citant textuellement quelques lignes d'une lettre que le malade nous a écrite et dans laquelle il se défend en même temps de la question de simulation. « Je »trouvais, dit-il, un changement notable, rien que dans l'es»pace de temps nécessaire pour aller du cabinet de M. le Pro»fesseur à la salle Fouquet. L'effet était immédiat ; aussi, je »m'aperçus que plusieurs personnes me regardaient en sou»riant et avaient l'air de me prendre pour un *fumiste*. Je n'y »ai jamais attaché d'importance, car pourquoi n'aurai-je pas »fait de même auprès de MM. Charcot, Pitres, etc., et il »faut supposer bien peu de savoir aux princes de la science »qui m'ont examiné pour croire qu'un homme qui a aban»donné sa famille et sa position, et qui a dépensé une somme »relativement énorme pour recouvrer la santé, n'a fait que »jouer la comédie pendant 12 ans. »

Au moyen de l'hypnotisme, M. le Professeur Grasset est parvenu à débarrasser Gui... d'une constipation opiniâtre. Le malade n'allait à la selle que sous l'effet d'une purgation. Les garde-robes sont aujourd'hui régularisées. Nous dirons de même pour une anorexie pénible, qu'augmentait encore le désagrément de l'abolition du goût et de l'odorat. Notre maître lui a rendu ce dernier sens d'une façon fort curieuse, en lui suggérant une odeur désagréable qu'il a transformée le lendemain en un parfum délicieux.

N'importe qui pouvait autrefois provoquer une attaque chez Gui... par la pression, même légère, de ses points hystérogènes et principalement de celui du dos. Actuellement, ces zones, après avoir résisté longtemps à l'hypnotisme, sont, sinon insensibles, du moins très améliorées et on peut y appuyer sans avoir à redouter une crise.

Les attaques ont à peu près disparu et le malade vient

lui-même demander à être endormi lorsqu'il les sent venir.

Parmi les symptômes les plus persistants, il faut noter le rétrécissement du champ visuel qui est prononcé surtout à gauche, et la tendance aux contractures.

La contracture des muscles jumeaux de sa jambe gauche, qui a été le premier phénomène observé, est en même temps le dernier à disparaître. La contracture cesse après qu'on lui en a donné l'ordre dans le sommeil; mais elle reparait le soir ou le lendemain matin.

L'hypnotisme a débarrassé également le malade de ses habitudes de morphinisme. Il y a sur ce point une grande modification, et de 20 à 30 centigr. par jour, on est arrivé à un demi-centigramme, et encore Gui... ne réclame-t-il la piqûre que tous les huit jours environ.

On n'a pas employé, chez notre malade, d'autre moyen thérapeutique. Nous ne comptons pas, bien entendu, l'alimentation saine et fortifiante et quelques toniques que l'état de Gui... réclamait; mais on doit aussi mettre en ligne de compte son séjour à l'hôpital pendant lequel le malade a été soustrait à son milieu habituel et exempt de toutes les préoccupations de la vie.

Cette question d'isolement est un traitement moral qui n'a pas été sans influence sur l'amélioration de sa névrose.

PRONOSTIC

Le pronostic chez Gui... est sérieux, quoique non fatal.

Berbez dit «qu'un hystérique est guéri quand il n'a plus de troubles sensitifs ou moteurs, plus de stigmates, plus de diathèse de contracture».

Tel n'est pas le cas de notre malade, et si son état est sensi-

blement amélioré, nous avons vu que le rétrécissement du champ visuel et la contraction de la jambe gauche sont encore des phénomènes très tenaces. Nous pouvons même nous demander si, par sa durée, cette contracture ne finira pas par amener une lésion organique correspondante des centres nerveux, ce qui aggraverait singulièrement le pronostic.

De plus, le malade est sorti de l'hôpital depuis quelques jours. Que va-t-il devenir, transporté de nouveau au milieu des nécessités de la vie qui s'offre très dure pour lui? Il est fort probable que bientôt tous les symptômes de son hystérie reparaîtront peu à peu, et quelque nouvelle observation de lui nous apprendra son entrée dans un nouvel hôpital.

CONCLUSIONS

Nous avons donné dans le courant de notre travail les conclusions relatives à notre malade; nous n'y reviendrons pas.

Mais nous pouvons déduire de notre observation des considérations générales très importantes au point de vue du diagnostic et du traitement de l'hystérie :

—Il est très difficile parfois de débrouiller l'hystérie au milieu des phénomènes complexes et variés qu'elle peut présenter.

Le diagnostic pourra toujours être fait si l'on observe quelques-uns des stigmates de la névrose.

L'hypnotisme peut servir au diagnostic de l'hystérie.

Tous les hystériques ne sont pas hypnotisables, ils peuvent même ne présenter la propriété hypnotique que longtemps après l'apparition des premiers symptômes.

On ne doit jamais se décourager d'essayer l'hypnotisme sur les hystériques, même en présence d'insuccès répétés.

L'hypnotisme, entre les mains du médecin, est un excellent moyen thérapeutique pour guérir les phénomènes localisés de l'hystérie.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 17 juin 1891.

Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut.

J. GÉRARD.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 16 juin 1891

Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- GRASSET. — Maladies du système nerveux.
Leçons de clinique médicale 1891.
Cliniques de mai 1891.
- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux, t. III.
Leçons du mardi 1888-1889.
- PITRES. — *Progrès médical* 1889.
- BRIQUET. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie 1859.
- BATAULT. — Thèse de Genève 1885.
- BERBEZ. — Thèse de Paris.
- STRUMPELL. — Les névroses traumatiques. Berlin 1888.
- RENDU. — Note sur le tremblement hystérique et ses variétés dans
le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*,
12 avril 1889.
- BABINSKY. — Thèse de Paris 1885.
- DUPONCHEL. — Traité de médecine légale militaire.
Leçon sur l'automatisme ambulatoire.
- BERNÜTZ. — Article «hystérie» dans le Dictionnaire de médecine et
de chirurgie pratiques.
- PETIT. — Thèse de Paris 1885.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
